

**Departamento de Recursos Humanos de Georgia
SOLICITUD DE SERVICIOS DE CUIDADO INFANTIL**

SUCCESS I.D. del cliente		Caso N°		Nombre del trabajador del caso / Carga de caso N°		Fecha de recepción en el Depto. del Condado								
A. (Use letra de imprenta) POR FAVOR COMPLETE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN														
Su nombre: Primer nombre		Inicial 2° nombre		Apellido		N° de Seguro Social		Números de teléfono						
								Casa: () - Trabajo: () -						
Domicilio: Calle		Apto.		Ciudad		Condado		Código postal						
Dirección de correo: Calle		Apto.		Ciudad		Condado		Código Postal						
¿Por qué necesita cuidados infantiles? <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Capacitación <input type="checkbox"/> Escuela <input type="checkbox"/> Otra razón: _____														
Los padres del niño o niños, ¿viven en el mismo hogar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No														
¿Ya ha recibido cuidado infantil subsidiado (CAPS)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No De ser así, ¿en qué condado residía cuando recibió el CAPS?														
B. ENUMERE TODAS LAS PERSONAS QUE VIVEN EN SU DOMICILIO, INCLUIDO USTED MISMO														
¿Recibe usted un cheque asistencial de vivienda? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					Monto del cheque: \$ _____		Marcar si la persona recibe:		Especificar si la persona:		¿Recibe esta persona TANF / SSI?		USO DE DFCS Grupo familiar	
Primer nombre	Inicial	Apellido	Sexo (F / M)	Parentesco	Fecha de nacim.	Cupones de alimentos	Medicaid	Va al colegio	Trabaja	Se capacita	No	Sí	No	Sí
					/ /									
					/ /									
					/ /									
					/ /									
					/ /									
					/ /									
					/ /									
					/ /									
					/ /									
C. EDUCACIÓN Y CAPACITACIÓN														
¿Tiene usted un título universitario? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					¿Está estudiando para obtener un título universitario? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No									
Nombre y dirección del programa o universidad donde está matriculado:					¿Está usted matriculado al menos con horario parcial? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No									
Carrera estudiada:			Esta carrera le servirá para emplearse en:			¿Cuáles son sus aspiraciones de empleo?								
Horario de estudios o capacitación:			Número de meses necesarios para completar sus estudios o capacitación:			Fecha en que espera finalizar sus estudios o capacitación: / /								
D. INFORMACIÓN SOBRE SU EMPLEO ACTUAL														
Primer nombre, inicial, apellido		Nombre y dirección del empleador			Número de teléfono del empleador		Días de trabajo	Horario de trabajo semanal	Total de horas por semana					
					() -									
					() -									
					() -									
					() -									

E. INFORMACIÓN SOBRE INGRESOS (USO EXCLUSIVO DE DFCS)							
FUENTE DE INGRESOS	NO	SÍ	NOMBRE DEL MIEMBRO DE LA FAMILIA	INGRESOS ANTES DE DEDUCCIONES	FRECUENCIA DE COBRO	INGRESOS BRUTOS MENSUALES	INFORMACIÓN ACTUALIZADA SOBRE INGRESOS
TRABAJO EN RELACIÓN DE DEPENDENCIA O AUTÓNOMO				\$		\$	\$
TRABAJO EN RELACIÓN DE DEPENDENCIA O AUTÓNOMO				\$		\$	\$
TRABAJO EN RELACIÓN DE DEPENDENCIA O AUTÓNOMO				\$		\$	\$
TRABAJO EN RELACIÓN DE DEPENDENCIA O AUTÓNOMO				\$		\$	\$
ALIMENTOS / MANUTENCIÓN DE HIJOS				\$		\$	\$
BENEFICIOS DE VETERANO DE GUERRA				\$		\$	\$
BENEFICIOS POR DESEMPLEO				\$		\$	\$
COMPENSACIÓN DE TRABAJADORES				\$		\$	\$
BENEFICIOS DE SEGURO SOCIAL				\$		\$	\$
SUPLEMENTO POR TANF, SSI O ADOPCIÓN				\$		\$	\$
OTRA (VER SECCIÓN 304.5, ÍTEMS 10-20)				\$		\$	\$

F. SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

- La información que usted comparte con su gerente de caso es confidencial. Esto significa que toda información que usted comunique a su gerente de caso sólo podrá ser compartida con el Departamento de Recursos Humanos (DHR), a menos que tengamos su autorización para hacer otra cosa, excepto en el caso de agentes revisores del programa designados oficialmente.
- Usted tiene derecho a ver los archivos referentes a su caso, a menos que esto esté prohibido por las reglamentaciones estatales o federales.
- Usted tiene derecho a no ser discriminado por motivos de filiación política, religión, raza, color, sexo, impedimento físico, nacionalidad o edad. Si surge algún problema con su solicitud, ubicación o cambios de servicio, el Departamento del Condado tratará el problema de inmediato. Si usted considera que el problema no ha sido resuelto, puede llamar sin cargo al 1-800-869-1150 o solicitar una Audiencia Administrativa.
- Usted tiene derecho a apelar si los costos aumentan o los servicios de asistencia se interrumpen y usted no está de acuerdo con tal decisión. Su Gerente de caso le ayudará a presentar una apelación, si usted así lo desea.
- Comprendo que puedo recibir servicios de cuidado infantil mientras haya fondos disponibles, en tanto yo continúe siendo elegible y haya cumplido todos los requisitos del programa CAPS.
- Certifico que he revisado la Solicitud de Servicios de Cuidado Infantil y que toda información dada por mí es veraz y correcta a mi mejor saber y entender.
- Acuerdo proporcionar al Departamento de Servicios Familiares e Infantiles (DFCS) del Condado tal información en la medida de lo posible y, cuando así sea solicitado, también a los Representantes del Departamento de Servicios de Recursos Humanos del Estado a fin de determinar mi elegibilidad para recibir asistencia.
- Acuerdo proporcionar al Departamento del Condado información para verificar cualesquiera declaraciones enunciadas en esta solicitud y por la presente lo autorizo a obtener tal verificación. Me comprometo a cooperar plenamente con el personal administrativo estatal y federal en las revisiones de control de calidad.
- Comprendo que recibo asistencia de cuidado infantil porque mis ingresos son insuficientes o porque me encuentro trabajando, estudiando o recibiendo capacitación, por lo que necesito recibir tales servicios. Es mi responsabilidad informar todo cambio de situación a su Gerente de caso dentro de los 10 días siguientes a mi percepción de los mismos.
- Comprendo que la prestación de servicios de cuidado infantil brindados como apoyo a las actividades de estudio y capacitación requiere que yo esté matriculado en un programa aprobado, que participe en el mismo y que mis progresos sean satisfactorios.
- Si corresponde, pagaré los cargos por los servicios de cuidado infantil al proveedor de los mismos.
- Comprendo que mi hijo o hija debe asistir al programa de cuidado infantil con regularidad. En caso de que deba ausentarse, notificaré al proveedor con tanta antelación como sea posible. También comprendo que algunos proveedores pueden solicitar una declaración firmada que justifique las ausencias.

